

DEMANDE D'INDEMNISATION

Comment remplir ce document ?

1. Complétez, datez et signez le **volet 1** de votre Demande d'Indemnisation.
2. Faites remplir le **volet 2** par votre médecin traitant, ou par le médecin vous ayant soigné après l'accident.

VOLET À COMPLÉTER PAR L'ASSURÉ

N° du contrat : Nom : Prénom :

Adresse :

Né(e) le : Lien avec le Souscripteur :

Date de l'accident :

Lieu de l'accident (nom du lieu, ville, code postal...) :

Profession :

S'agit-il d'un accident :

- du travail ? Oui Non

- de la circulation ? Oui Non Etiez-vous conducteur ? Oui Non

- de transport en commun ? Oui Non

- consécutif à la pratique d'un sport en amateur, encadré par un professionnel ? Oui Non

- lors de l'activité ou de l'entraînement de sapeur-pompier volontaire ? Oui Non

- consécutif au pilotage d'appareils de navigation aérienne, d'engins de course terrestres ou nautiques ? Oui Non

- consécutif à l'utilisation d'engins terrestres ou maritimes à moteur ou non, en tant que pilote ou passager ? Oui Non

- consécutif à la pratique de tout sport à titre professionnel ? Oui Non

Y a-t-il eu un procès-verbal ? Oui Non N° du procès-verbal :

(Si oui joindre une copie, à réclamer auprès du Tribunal de Grande Instance concerné)

Adresse du commissariat ou de la gendarmerie :

S'il s'agit d'une chute, qu'elle en est l'origine ? :

A présent, veuillez nous faire le récit détaillé de l'accident :

.....

.....

.....

.....

.....

Cochez cette case si vous souhaitez bénéficier de nos services d'assistance et être rappelé par l'un de nos conseillers.

Date :

Signature de l'assuré : (ou du représentant légal s'il s'agit d'un enfant)

Impossibilité
de signer :

VOLET À DÉTACHER ET À COMPLÉTER PAR LE MÉDECIN AYANT PRIS EN CHARGE L'ASSURÉ

N° du contrat : Nom : Prénom :

L'assuré(e) nous déclare avoir été victime d'un accident.

Afin de permettre le règlement d'une indemnisation forfaitaire au titre de son contrat, pourriez-vous nous donner les renseignements suivants :

Le sinistre est-il la conséquence directe d'une maladie ? : Oui Non

Nature des lésions :

Fractures : Indiquez l'endroit exact :

Type de fracture : Multifragmentaire Ouverte Complète Autre :

Brûlures : Indiquez l'endroit exact :

Degré : 1^{er} degré 2^e degré 3^e degré

Surface des brûlures : % (par rapport à la surface du corps)

Luxations : Indiquez l'endroit exact :

S'agit-il d'une luxation congénitale : Oui Non

Commotion cérébrale : Oui Non Perte de connaissance : Oui Non Durée :

Intervention chirurgicale : Oui Non

Autres lésions :

Le patient a-t-il été hospitalisé ? : Oui Non Si oui, joindre un bulletin de situation

S'il s'agit d'un accident de la circulation, un test d'alcoolémie a-t-il été réalisé ? Oui Non Résultats du test :

Date :

Signature et cachet du médecin :

VOLET 1

VOLET 2
Réservé au service médical

PIÈCES À JOINDRE À CE DOCUMENT

Une fois la demande d'indemnisation intégralement remplie, **insérez les volets 1 et 2** dans une enveloppe confidentielle destinée au médecin conseil en y joignant **les éléments décrits ci-après dans un délai de 30 jours suivant l'accident** :

Extrait de l'Article L 113-8 et L 113-9 du Code des assurances :

« **Toute réticence ou fausse déclaration portant sur les éléments constitutifs du risque ou du sinistre connus de l'Adhèrent ou de l'Assuré l'expose à la nullité des garanties.** »

S'il s'agit :

- **D'une fracture** : Le compte rendu radiologique constatant la ou les fracture(s).
 - **D'une brûlure** : Le compte rendu médical constatant le degré de gravité de la ou des brûlure(s), le pourcentage de la surface du corps atteinte par la (les) brûlure(s) ainsi que les parties du corps atteintes par ces brûlures.
 - **D'une luxation** : Le compte rendu radiologique constatant la ou les luxation(s) ainsi que le compte rendu opératoire en cas d'intervention chirurgicale.
 - **D'une blessure interne** : Le compte rendu opératoire de l'intervention chirurgicale.
 - **D'une amputation** : Le compte rendu opératoire de l'intervention chirurgicale.
 - **D'un accident de la circulation** dans lequel vous étiez conducteur : un certificat médical précisant si vous avez subi un test d'alcoolémie et, dans le cas échéant, le résultat de ce test.
 - **D'un accident du travail** : la déclaration d'accident de travail faite auprès de votre employeur.
- Si un procès-verbal a été établi par la police ou la gendarmerie** : fournir le numéro de ce procès-verbal et les coordonnées de l'autorité qui l'a établi.
- En cas d'hospitalisation** : fournir le bulletin de situation de l'établissement hospitalier ou de la clinique où l'Assuré a séjourné, mentionnant les dates d'admission et de sortie.

Documents complémentaires à joindre :

- La copie recto/verso de la carte nationale d'identité en vigueur de l'Assuré ou des 3e et 4e pages de son passeport en cours de validité,
- Tout document attestant de la qualité d'Assuré au contrat.

En cas de blessures d'un enfant : joindre tout justificatif prouvant la qualité d'assuré.

**SERVICE MEDECINE CONSEIL
A l'attention du Médecin Conseil Chef
21 rue Laffitte
75317 PARIS cedex 9**

Les informations personnelles vous concernant seront conservées par AUXIA et ses délégataires pour les besoins de la gestion de votre contrat. Conformément à la loi Informatique et Libertés n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée par la loi du 6 août 2004, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification et de suppression de toute information vous concernant figurant dans les fichiers d'AUXIA. Pour exercer ce droit, il suffit d'écrire à AUXIA – Service juridique – TSA 10001 – 78075 SAINT QUENTIN YVELINES CEDEX